

2015

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

OD HISTERIJE DO DISOCIATIVNE MOTNJE
IDENTITETE

ŠPELA CVIKL

ZAKLJUČNA NALOGA

CVIKL

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Od histerije do disociativne motnje identitete

(From hysteria to dissociative identity disorder)

Ime in priimek: Špela Cvikl

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: Doc. dr. Matej Kravos

Somentor: Dr. Bogdan Polajner

Koper, avgust 2015

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Špela CVIKL

Naslov zaključne naloge: Od histerije do disociativne motnje identitete

Kraj: Koper

Leto: 2015

Število listov: 30 Število tabel: 1

Število referenc: 51

Mentor: Doc. dr. Matej Kravos

Somentor: Dr. Bogdan Polajner

Ključne besede: Zgodovina disociacije, histerija, disociativna osebnostna motnja, multipla osebnost, klasifikacija, diagnostika, klinična slika, zdravljenje.

Izvleček:

Disociativna motnja identitete je izredno redek pojav. Je disociativna reakcija na stres, v kateri oseba izkazuje dve popolnoma različni osebnosti. Vsaka od njiju ima svoj ločen in povsem razvit čustveni in miselni sistem, celo ton glasu, jezikovni naglas ali kretnje telesa, in predstavlja enkratno in relativno trajno osebnostno strukturo. Včasih so motnjo povezovali z obsedenostjo demonov in duhov. Disociacija se je kot pojem v strokovni literaturi začela uporabljati že v 18. stoletju in se je nanašala na razdelitev ali disociacijo organizacijo osebnosti-zavesti-ega. Teorije disociacije so se spreminjale. Primarno se je disociacijo povezovalo s histerijo. Sigmund Freud in psihoanalitiki, ki so mu sledili, so disociacijo razlagali kot obrambo, psihološki mehanizem, ki zmanjšuje ali odstranjuje strah iz zavesti, potlačitev. Disociacijo se je razumelo tudi kot širok sklop občutenj in simptomov, za katere je bil značilen zlom integriranega psihičnega funkcioniranja. Nato je bila v enem obdobju zanemarjena pri psihoanalitikih, kasneje pa je zaradi določenih faktorjev zanimanje zanjo ponovno močno poraslo. Motnja se po navadi pojavi zaradi travmatičnih ali stresnih izkušenj v otroštvu. Klinična slika motnje je zelo zapletena, zaradi česar je diagnozo težko postaviti. Primarna in najučinkovitejša terapija za disociativno motnjo identitete je psihoterapija.

Key words documentation

Name and SURNAME: Špela CVIKL

Title of the final project paper: From hysteria to dissociative identity disorder

Place: Koper

Year: 2015

Number of pages: 30

Number of tables: 1

Number of references: 51

Mentor: Assist. Prof. Matej Kravos, PhD

Co-Mentor: Assist. Bogdan Polajner, PhD

Keywords: History of dissociation, hysteria, dissociative identity disorder, multiple personality disorder, classification, diagnostics, clinical picture, treatment.

Abstract:

The case of dissociative identity disorder is extremely rare. Its definition is dissociative reaction to stress, in which person presents two completely different personalities. Each of them has its own separate and fully developed emotional and mental system, even the tone of voice, accent language or gestures of the body, and it presents a unique and relatively permanent personality structure. Back in times the disorder was thought to be associated with the possessions of demons and ghosts. In the literature the concept of dissociation started using in the early 18th century and was related to the division or dissociation in the organization of the personality-ego-consciousness. Theories of dissociation have been changing through history. Primarily, the dissociation was linked to the hysteria. Sigmund Freud and psychoanalysts who followed him, interpreted dissociation as a defense, a psychological mechanism that reduces or eliminates the fear from the consciousness suppression. Dissociation was perceived as a very wide range of feelings and symptoms, which were characterized by fractures of integrated mental functioning. Then the concept of dissociation was in a neglected period by the psychoanalysts, but later due to certain factors, interest in it has grown sharply again. The disorder usually occurs due to traumatic or stressful experiences in childhood. Clinical picture of disorder is very complex, which makes the diagnosis difficult to place. The primary and most effective treatment for dissociative identity disorder is psychotherapy.

ZAHVALA

Za strokovno pomoč in navodila pri nastajanju diplomskega dela se zahvaljujem mentorju dr. Mateju Kravosu in somentorju dr. Bogdanu Polajnerju.

Prav tako bi se rada zahvalila svoji družini in prijateljem, vsem tistim, ki so v tem času vplivali name, da sem tako osebno kot strokovno napredovala.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	Namen in cilji zaključne naloge.....	2
2	ZGODOVINA FENOMENA DISOCIACIJE.....	3
1.2	Psihopatologija disociacije v 19. stoletju.....	3
1.3	Zavračanje zanimanja za disociacijo v zgodnjem 20. stoletju.....	5
1.3.1	Razlogi, ki so vodili k skorajšnjemu izginotju disociacije z vsakodnevne akademske pozornosti zgodaj v 20. stoletju:	5
1.4	Ponovna oživitev interesa za disociacijo v 1970ih in 1980ih.....	6
1.4.1	Razlogi, ki so pripomogli k hitri rasti zanimanja za disociacijo:	6
1.5	Trenutno znanstveno stanje	7
2	DISOCIATIVNA MOTNJA IDENTITETE - KLASIFIKACIJA	9
2.1	Oblike disociativnih motenj.....	9
3	TRAVMA KOT ETIOLOŠKI DEJAVNIKI DISOCIATIVNIH MOTENJ	11
4	KLINIČNA SLIKA	13
4.1	Kaj doživljajo ljudje z disociativno motnjo identitete?	14
4.2	Primer.....	14
5	DIAGNOSTIKA.....	16
5.1	Diagnostična merila za disociativno motnjo identitete (ameriška klasifikacija DSM-V-2013):.....	16
6	ZDRAVLJENJE	17
7	SKLEPI.....	18
8	LITERATURA IN VIRI.....	20

KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 4.1: Klinična slika motnje: kaj doživljajo ljudje z disociativno osebnostno motnjo 14

1 UVOD

Verjetno se največja kontroverznost v zgodovini psihiatrije nanaša na disociativno motnjo tako imenovane multiple osebnosti (Pogorevc in Stojanović, 2014). Multipla osebnost je bila predmet številnih obravnav v medijih, na filmu in v literaturi. V nasprotju s popularnostjo v široki javnosti, je motnja izredno redka. Lahko jo opišemo kot disociativno reakcijo na stres, v kateri oseba izkazuje dve popolnoma različni osebnosti. Vsaka od njiju ima svoj ločen in povsem razvit čustveni in miselni sistem, celo ton glasu, jezikovni naglas ali kretnje telesa in predstavlja enkratno in relativno trajno osebnostno strukturo. Preskoki iz ene v drugo osebnost so običajno hitri, le redko nastopijo v daljšem časovnem obdobju, na primer vsakih nekaj let. Osebnosti si navadno med seboj nasprotujejo; če je prva vesela, brezskrbna, živahna in družabna, je druga tiha, resna, skrbna in razmišljujoča. Potrebe in želje, ki jih prva osebnost ne izrazi ali so zanje prepovedane, praviloma privrejo na dan v drugi osebnosti (Erzar, 2007). Disociacija je kompleksen psihofiziološki proces, ki spreminja dostopnost do spomina in znanja, integracijo vedenja in samopodobo (Dell in O'Neil, 2009).

Doživljanje sprememb v lastni osebnosti ali celo njen razpad si lažje razložimo, če njeno celovitost opremo na štiri zakonitosti, ki jih navaja nemški psihiater Karl Jaspers (Kobal, 2009):

1. To delam jaz.
2. Sem ena in sama oseba.
3. Sem ena in ista oseba vse skozi.
4. Jaz sem jaz, ne ti in tudi nisem to, kar me obdaja.

Depersonalizacije pomenijo občutje bolnika, da je nerealen, sam sebi tuj ali sebi nepodoben. Pri avtopsihični depersonalizaciji, ki jo razumemo kot pravo depersonalizacijo, so porušene vse zveze v Jaspersovih načelih o zavedanju samega sebe. Prej enotna osebnost se cepi na dvoje ali več osebnosti (alternirajoča osebnost). V ameriški strokovni literaturi, še bolj pa v različnih literarnih predelavah naletimo na opise oseb, ki so jih prej uvrščali med multiple osebnosti, danes pa so to osebe z disociativno osebnostno motnjo (Kobal, 2009).

Po klasifikaciji duševnih motenj, ki jo je objavilo Ameriško psihiatrično združenje v Diagnostičnostatističnem priročniku (DSM-V-2013), vključuje motnja identitete dve ali več ločenih identitet ali stanj osebnosti, ki se izmenjujejo pri nadzoru nad vedenjem osebe, združeno nezmožnostjo spomina na pomembne osebne podatke, kar je preveč obsežno, da bi bilo možno razložiti z običajno pozabljenostjo. Po MKB-10-1992 je motnja vključena v skupino nevrotskih, stresnih in somatoformnih motenj (Pogorevc in Stojanović, 2014).

Pojav disociacije oziroma razcepa psihičnih konstruktov kot so zavest, spomin, duša in osebnost je že dolgo predmet znanstvene in laične obravnave z strani različnih znanstvenih disciplin. Začetki ukvarjanja s tem pojavom segajo v konec 18. stoletja, v čas raziskovanja animalističnega magnetizma oziroma hipnoze (termin je bil skovan šele kasneje), ko je Amand-Marie-Jacques de Chastenet, Marquis de Puységur (1751-1825) prvič opisal stanje

posameznika, katerega zavest je razdeljena v dve 'ločeni eksistenci' (Van der Hart in Dorahy, 2009).

Zanimanje za disociacijo se je v zadnjih dvajsetih letih povečalo tako na raziskovalnem kot kliničnem področju. Prav tako se je povečala potreba po jasni opredelitvi tega izraza. V tem obdobju so se definicije disociacije razlikovale (Friedman, Keane in Resick, 2007).

1.1 Namen in cilji zaključne naloge

Namen zaključne naloge je bil predstaviti področje, ki zajema potek proučevanja fenomena disociacije. Cilji naloge so čim bolj pregledno raziskati pojem disociativne osebnostne motnje v preteklosti, pa vse do danes. Kako so včasih pojmovali disociacijo, zakaj so pojav povezovali s histerijo, kdo je fenomen raziskoval in na kakšen način, zakaj je v 20. stoletju zanimanje za disociacijo upadlo in zakaj je med leti 1980 in 1990 ponovno poraslo. Kako so kasneje fenomen definirali kot disociacijo, kakšna je njena današnja klasifikacija in kakšna je njena klinična slika, etiologija, diagnostika ter seveda načini zdravljenja.

2 ZGODOVINA FENOMENA DISOCIACIJE

Prvi opisi disociacije so znani že v prazgodovini v obliki ekstatičnih izkušenj šamanov (Michelson in Larry, 1996 po Eliade, 1964). Verjetno je disociacija temeljna in univerzalna komponenta človeške psihologije. Nekateri dokazi in psihološki temelji disociativne motnje identitete in druge kompleksne disociativne motnje naj bi obstajali že na jamskih slikah iz paleolitika, predstavljajoč šamane v transu in obsedenem stanju, ki posedujejo različne duhove in demone, narisani in spremenjeni pa naj bi bili v živalske oblike. Slike lahko najdemo v večini kultur, pojavljale pa so se skozi celotno zgodovino. Današnji strokovnjaki menijo, da bi šlo za primere multiple osebnosti. (Michelson in Larry, 1996 po Bowman, 1993).

Zgodovina disociativne osebnostne motnje naj bi segala do okoli leta 1790, vendar so številni raziskovalci našli dokaze primerov motnje obstoječih že več kot 200 let pred tem datumom. Prvi dokumentiran primer, ki namiguje na disociativno osebnostno motnjo naj bi bil človek, po imenu Paracelsus, vendar tega vira ni bilo mogoče potrditi (Freyd, 2008). Nekaj časa zatem je Adam Crabtree objavil raziskavo, v kateri je bilo opisanih več primerov motnje iz obdobja, ki sega najmanj do 16. stoletja, v času, ko so ti šteli kot "posamezniki, obsedeni s hudiči in demoni". Jeanne Fery, Mons, Francije. (Van der Hart, 1996) naj bi bila prvi zgodovinski primer disociativne osebnostne motnje, ki jo je bilo lahko diagnosticirati, saj je sama opisala točen potek njenega eksorcizma med letoma 1584 in 1585, kar je Bourenville prvič objavil v angleščini leta 1996. Stanje pacientke so diagnosticirali kot primer »podvojene osebnosti«, opis motnje pa vključuje vse glavne kriterije in funkcije povezane z disociativno osebnostno motnjo, ki jih danes najdemo v psihiatričnem priročniku za diagnosticiranje multiple osebnosti (Van der Hart, 1996).

Naslednji zgodovinski primer disociativne osebnostne motnje iz 17. stoletja naj bi bil podrobno opisan primer multiple osebnosti sestre Benedetta iz samostana v Italiji, leta 1623. Njen primer je bil opisan kot obsedenost s tremi »angelskimi fanti«, prav tako pa je bila omenjena in zapisana prisotnost travme iz otroštva (Van der Hart, 1996).

Med leti 1791-1880 je bila edini koherentno in zapisan primer multiple osebnosti, primer Eberhardt-a Gmelin-a, ki opisuje enaindvajsetletno žensko iz Stuttgarta, Nemko, ki je menjevala dve osebnosti, francosko in nemško. Ko je bila Francozinja je vedela vse o Nemki, ko pa je bila Nemka, pa nič o Francozinji (Van der Hart, 2010).

Sledil mu je Benjamin Rush, oče Ameriške psihiatrije, ki je leta 1812 prvi postavil teorijo o menjavanju dveh zavesti (Wikipedia, 2015 po Sadock, 2008), kar pa naj bi bilo v korelaciji z nepovezanostjo med levo in desno možgansko hemisfero (Putnam, 1989).

1.2 Psihopatologija disociacije v 19. stoletju

Teorije disociacije so se spreminjale. Disociacija se je kot pojem v strokovni literaturi začela uporabljati že v 18. stoletju in se je nanašala na razdelitev ali disociacijo organizacije osebnosti-zavesti-ega. V 19. stoletju je bil nedvomno ključen Pierre Janet, ki je prvi predstavil najbolj natančno povezavo med razdelitvijo osebnosti ali zavesti in histerijo

(Elder, Evans in Nizette, 2009). Po uvedbi medicinske psihoterapije v Franciji, objavil članek o »podvojitvi osebnosti«, leta 1886 (Shorter, 2005), z naslovom »*Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité obesesek liétat somnambulisme provoqué*«, (Van der Hart in Friedman, 1989), prevedeno kot »nezavedna dejanja in podvojitve osebnosti med stanjem, ki ga povzroča somnambulizmom« (Wikipedia, 2015 po Weckowicz, 1990). Po Janet-u je bil dominantni model disociacije v 19. stoletju psihologije in psihiatrije, psihopatološki, pri katerem je bila disociacija predstavljena kot okvara ali primanjkljaj moči ega (Pogorevc in Stojanović, 2014). Multipla osebnost in travmatska histerija sta bila zanj posledica disociacije idej (Janet, 1889). Primarno se je disociacijo povezovalo s histerijo. Disociacijo je na Dunaju preučeval tudi Sigmund Freud, ki je govoril o represiji povezani z nastankom histerije (Bremner in Marmar, 1998).

Sigmund Freud in psihoanalitiki, ki so mu sledili, so disociacijo razlagali kot obrambo, psihološki mehanizem, ki zmanjšuje ali odstranjuje strah iz zavesti, potlačitev (Pogorevc in Stojanović, 2014).

Po Josefu Breuerju in Freudu je bila zveza med travmo in disociacijo dobro dojeta, prav tako je bilo veliko klinične, eksperimentalne in teoretične literature o disociativni osebnostni motnji, travmah, disociaciji sami, hipnozi in paranormalnem. Nekatere vodilne osebnosti kot so Janet in Freud, ni zanimalo paranormalno, medtem ko drugi, niso bili nezainteresirani v travme (Michelson in Larry, 1996). Pozni disociativni modeli psihopatologije iz 19. stoletja, niso bili takšni, kot je danes disociativna motnja identitete, označena v DSM-IV. Bili so širokopotezni, vključevali so motnje v pogovoru, somatske motnje, mesečnost, nekatere primere obsesivno-kompulzivne motnje in vse kar zajema pojem histerije. Razcep zavesti in obujanje travmatskih spominov, nesprejemljivih impulzov ter idej v razcepu zavesti. Znanstveniki, kot so Josef Breuer, Charles Myers, Pierre Janet, Morton Prince in Alfred Binet, so ga razlagali kot mehanizem ki se podreja paranormalnim fenomenom, torej posesivna stanja in široko območje psihopatologije (Michelson in Larry, 1996).

V knjigi Študije o histeriji, sta Breuer in Freud predstavila primere, ki ustrezajo DSM-V kriterijem za disociativno osebnostno motnjo. Skozi zgodovino so poročali o številnih spolnih travmah iz otroštva, kar sta Breuer in Freud zdravila z metodami, ki so bile osnovane na travmatsko-disociativnem modelu psihopatologije, pri katerem so spolne travne ključno osredotočanje zdravljenja. V dveh desetletjih (1890-1910) sta bili travma in disociacija glavni temi na osrednjem nivoju psihologije in psihiatrije na obeh straneh Atlantika (Michelson in Larry, 1996).

Najbolj znameniti primer motnje je nehote opisal Josef Breuer, dunajski zdravnik in Freudov dolgoletni prijatelj ter sodelavec. Med njegovimi pacienti je bila tudi enaindvajset-letna Bertha Pappenheim, ki je takrat trpela zaradi konverzivnih simptomov in jo je Breuer zdravil v letih 1880-82 in še nekaj let za tem, ko je bila večkrat sprejeta v sanatorij. Kasneje je njen primer opisal v Študijah o histeriji (1898), kjer ga je predstavil kot primer Anne O. V času zdravljenja pri Breuerju je Anna trpela zaradi paralize desne roke, anestezije na desni strani telesa, motenj vida in težav z govorom in razumevanjem nemščine. Večina teh simptomov je popustila, ko se je Anna začela soočati s travmatsko izkušnjo očetove smrti. Toda njeno

celotno okrevanje je trajalo še nadaljnjih deset let, preden si je povsem opomogla in začela svoje življenjsko delo kot borka za pravice zlorabljenih žensk. (Erzar, 2007, po Putnam 1992). V letu 1904 je ustanovila zvezo judovskih žensk, leta 1907 pa dom za neporočene matere. Vseskozi je izkazovala pogum, saj so bile številne ženske ujele v krog prostitucije in kriminala. Že na zunaj je imelo njeno življenje dve plati, kakor so ugotavljali njeni sodobniki: na eni strani borka za socialne pravice in reformatorka, na drugi ženska iz visoke dunajske družbe. Iz Breuerjevih zapiskov je razvidno, da je imela že takrat »dve povsem različni stanji zavesti«, ki sta se zelo pogosto in nepričakovano izmenjevali in sta se tekom bolezni vedno ostreje razločevali. V enem od njiju je lahko bolnica prepoznavala svojo okolico; bila je žalostna in plaha, vendar sorazmerno normalna. V drugem stanju je halucinirala in bila »poredna«, zmerjala je, v ljudi metala blazine. Ta druga Anna je bila žaljiva, govorila je samo angleško in imela vrsto konverzivnih simptomov, medtem ko se prva Anna svoje druge osebnosti ni zavedala in se ni spominjala ničesar. Pred smrtjo naj bi napisala dve oporoki, vsako z drugačno pisavo (Erzar, 2007).

Konec 19. stoletja je bilo sprejeto, da lahko čustveno travmatske izkušnje povzročijo dolgotrajne bolezni z različnimi simptomi, z Janet-ovim sklepanjem in zaključkom, da skrajna disociacija povzroči primer multiple osebnosti (Wikipedia, 2015 po Weckowicz, 1990).

1.3 Zavračanje zanimanja za disociacijo v zgodnjem 20. stoletju

Zanimanje za disociacijo med leti 1890 do 1994 je bilo unikatno v psihologiji in psihiatriji. V zadnjih dveh desetletjih 19. stoletja, krivulja z vrhunca eksponentno pade na skoraj nič v prvih dveh desetletjih 20. stoletja. Ta pojav se je zgodil tako hitro in magnituda je bila tako velika, da procesa ni možno obrazložiti z zgolj pasivnim pozabljanjem, velikim obratom zanimanja v druge prioritete ali podobnimi mehanizmi.

1.3.1 Razlogi, ki so vodili k skorajšnjemu izginotju disociacije z vsakodnevne akademske pozornosti zgodaj v 20. stoletju:

- Prvi razlog: je bil Freudov razvoj teorije zapeljevanja, katero so spremljale njegove hipnoze in njegova preusmeritev z disociacije k represivnemu modelu psihopatologije. Če so ženske z disociativno motnjo, katere so prihajale od Freuda, bile zdravljene za dolgoročne posledice otroških spolnih travm in le-te niso nikoli bile zlorabljene, leži vprašanje v tem, kako jih razumeti in zdraviti? Z razveljavitvijo otroških spolnih zlorab Freud zavrača možnost zdravljenja disociativnih simptomov znotraj modela za travme, ter tako postane disociativna diagnoza nepomembna za vsakodnevno klinično prakso. Osnoven problem ni bila disociativna osebnostna motnja ali disociacija, ampak pogost pojav otroške spolne zlorabe in družbene potrebe po zanikanju realnosti zlorabe same in dolgoročnih posledic.
- Drugi razlog: je bila stvaritev pojma shizofrenija. Eugen Bleuler je leta 1924 napisal: *»Ni samo histerija katero lahko najdemo v priredbi različnih osebnosti, pri kateri ena prevladuje ostali: pri podobnih mehanizmih shizofrenija ustvari različne*

osebnosti, ki obstajajo druga ob drugi.» (Michelson in Larry, 1996 po Boon in Draijer, 1993, str. 119). Razlaga za Bleuler-jevo odločitev pri izbiri pojma shizofrenija je, da se njegovi klinični opisi shizofrenije velikokrat ujemajo z opisi DSM-V disociativne identitetne motnje.

- Tretji razlog: je bil vzpon behaviorizma. Gestalt psihologija striktnega behaviorizma ne odobrava internih stopenj zvesti, deljene zavesti ali simptomov, ki bi se razvili zaradi dogodkov, ki so se zgodili 20 ali 30 let nazaj v zgodovini pacienta. Ko je behaviorizem pridobil več akademskega teritorija, sta se čas in energija, ki sta bila prisotna za študije disociacije, zmanjšala.

V naslednjih nekaj desetletjih, ni bilo več možno imeti resnega kliničnega, teoretičnega ali fenomenološkega interesa v paranormalno, disociacijo, hipnozo ali otroško spolno zlorabo, čeprav je dejstvo, da so bili vsi štirje subjekti v centralni stopnji v zgodovini. V letih od 1920 do 1950, se je akademski interes za disociativno osebnostno motnjo skrčil do zelo majhnega števila publikacij na leto in to po celotnem svetu. Nobena druga motnja ni bila subjekt takšnega izključevanja iz vsakodnevne psihološke in zdravstvene študije (Michelson in Larry, 1996).

1.4 Ponovna oživitev interesa za disociacijo v 1970ih in 1980ih

V letih 1980, se je interes za disociacijo obrnil navzgor in polje raziskovanja je doživelo eksponentno rast. Med leti od 1979 do 1993 se je število publikacij o disociativni osebnostni motnji in število poročenih primerov izjemno povečalo.

Ponovni pojav zanimanja za multiple osebnosti se začne z objavo obširne raziskave Henrija Ellenbergerja, in sicer »*Odkritje nezavednega: zgodovina in razvoj dinamične psihiatrije*«, ki je posvečala pozornost disociaciji in multipli osebnosti (Putnam, 1989). Skozi leta 1970, so številni zdravniki stremeli k vzpostavljanju legitimnosti stanja in postavljanju definiciji same. Margareta Bowers, je leta 1971 skupaj s šestimi drugimi sodelavci objavila delo, imenovano »*Therapy Multiple Personality*«, kar pomeni »Zdravljenje multiple osebnosti«. Opisuje pravila za zdravljenje multiple osebnosti, ki so v uporabi še danes (Greaves, 1993). Prizadevanja pionirjev, kot so Ralph B. Allison, Cornelia Wilbur, in David Caul, ki so raziskovali področje disociacije, so privedla do razpoložljivosti informacij o multipli osebnosti, s čimer se je povečevalo število zdravnikov, ki so lahko diagnosticirali in zdravili motnjo (Kluft, 1995).

1.4.1 Razlogi, ki so pripomogli k hitri rasti zanimanja za disociacijo:

- Prvi razlog: zelo pomemben razlog je otroška psihološka in spolna zloraba, ki je bila ponovno izpostavljena pri ženskem gibanju. Če v naši kulturi vsaj 5% dečkov in 15% deklic izkusi neželjeno, spolno zlorabo pred 18 letom, potem je disociativna psihopatologija lahko skupen in vsakodnevni klinični interes.
- Drugi razlog: ki je pripomogel k ponovni uporabi pojma disociativne motnje je bila Vietnamska vojna, zaradi posttravmatske stresne motnje (PTSM), ki se je pojavila kot posledica vojne, ko so se vojaki vrnili v svojo domovino. Dejstvo in spoznanje,

da ima težja travma lahko resne dolgoročne psihopatološke posledice, je stroko prisililo, da sprejmejo princip, od koder je bil kratek skok do zaključka, da lahko imajo težje travme iz otroštva resne učinke tudi na kasnejšem odraslem obdobju.

- Tretji razlog: je bila publikacija knjig »*The Three Faces of Eve*« (Thigpen in Cleckley, 1957) in »*Sybil*« (Schreiber, 1973), v katerih je osrednja tema primer disociacije v vsakodnevni zavesti. Primer *Sybil Isabel Dorsett* se obravnava kot najpomembnejši klinični primer multiple osebnosti dvajsetega stoletja (Greaves, 1993). Sybil je bila ženska, ki je imela šestnajst ločenih osebnosti.
- Četrty razlog: je bila vključitev disociacije v ameriško klasifikacijo duševnih motenj, DSM-III, leta 1980 (American Psychiatric Association, 1980). V DSM-III so imele disociativne motnje prvič lastni del zase in prvič je bil vključen operacionaliziran diagnostični kriterij za tovrstno osebnostno motnjo. Ta razvoj v procesu DMS je zagotovil velik sunek v fenomenološko raziskavo disociativne osebnostne motnje, ki je bila izvedena leta 1980 (Michaelson in Larry, 1996).

1.5 Trenutno znanstveno stanje

Leta 1980 je bilo področje disociativne motnje v pred-znanstvenem stanju razvoja. Od takrat je disociacija postala uveljavljeno področje znanstvenega raziskovanja. Prehod do znanstvenega statusa je bil dosežen zelo hitro, glede na malo število ustreznih raziskovalcev na tem področju in majhni finančni podpori namenjeni raziskovanju disociacije leta 1980, v primerjavi z drugimi področji psihopatologije kot so tesnoba, depresija, psihoza in zloraba substanc. Večina kliničnega in raziskovalnega dela o disociaciji od leta 1980 je bila posvečenega disociativni motnji identitete, in sicer zaradi več razlogov: je najzanimivejša oblika disociativne motnje, nosi največjo morbidnost, ne-diagnosticirani pacienti z disociativno osebnostno motnjo velikokrat končajo v zdravstvenem sistemu in so napačno diagnosticirani ter neučinkovito zdravljeni. Disociativna osebnostna motnja nas lahko največ nauči o vseh disociativnih motnjah (Michaelson in Larry, 1996).

Danes velja, da se disociacija nahaja na kontinuumu, ki se giblje od normalnih doživljanj do patoloških pojavov. Disociativne motnje so skupina nevrotskih psihopatoloških stanj psihogenega izvora, za katere je značilna nenadna, prehodna sprememba normalne integracije zavestnih funkcij, spomina, opazovanja in občutka identitete. Ocena disociativnih stanj mora upoštevati dejstvo, da se disociativni fenomeni pojavljajo pogosto in da sami po sebi niso patološki (Pogorevc in Stojanović, 2014).

Pacient z disociativno osebnostno motnjo je oseba, ki sebe doživlja z več ločenimi identitetami, ki imajo med sabo relativno psihološko samostojnost. Te identitete lahko prevzamejo nadzor nad pacientovim telesom in vedenjem. Vendar vse ločene identitete skupaj tvorijo identiteto in osebnost človeka z disociativno osebnostno motnjo. Kljub temu da pacienti ter zdravniki za pojmovanje pacientovega subjektivnega občutka za njegov jaz ali identitete uporabljajo številne termine, pa termin ločene identitete povezujejo s

terminologijo, uporabljeno v DSM-V (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

2 DISOCIATIVNA MOTNJA IDENTITETE - KLASIFIKACIJA

Motnja je bila kot duševna motnja prvič uvrščena v psihiatrično klasifikacijo DSM-III-1980, kasneje se je v ameriški klasifikaciji preimenovala v disociativno motnjo identitete. Eden od razlogov je, da bi se izognili zmedi pri razlikovanju disociativne motnje identitete in motenj osebnosti (Erić, 2012).

Za diagnostiko disociativne motnje identitete so danes v uporabi diagnostični kriteriji DSM-V-2013 in MKB-10-1992.

Po MKB-10-1992 je motnja vključena v skupino nevrotskih, stresnih, in somatoformnih motenj, kot F44.8 - *Druge disociativne (konverzivne) motnje*, F44.81 – *Multipla osebnost*.

2.1 Oblike disociativnih motenj

- Disociativna amnezija:

Pacienti z disociativno motnjo so nesposobni priklica pomembnih osebnih podatkov, navadno travmatične in stresne narave, kar je v nasprotju z običajno pozabljivostjo (Brand in Loewenstein, 2010). V nekaterih primerih amnezija zadeva samo izbrane dogodke v času omenjenega travmatičnega obdobja, najpogosteje pa se tiče vseh dogodkov v času omejenega obdobja po travmatičnem dogodku (Kihlstrom, Tataryn in Hoyt, 1993).

- Disociativna fuga:

Disociativna fuga je izmed vseh oblik disociativnih motenj najmanj preučena in najslabše razumljena motnja. Gre za obliko disociativne motnje, za katero je značilna izguba spomina, povezana z nenadnim in nepričakovanim odhodom od doma, delovnega mesta ali odhodom na potovanje. To privede do zmede glede identitete in včasih do oblikovanja nove identitete, bodisi delno ali v celoti (Coons, 1999). Pri osebah, ki prevzamejo novo identiteto, motnja traja samo nekaj dni, pri nekaterih pa motnja traja zelo dolgo (Erić, 2012).

- Motnja depersonalizacije:

Depersonalizacijska motnja je oblika disociativnih motenj, za katero sta značilna dva psihopatološka pojava: depersonalizacija in derealizacija (Erić, 2012). Depersonalizacija je psihiatrično stanje, za katerega je značilna sprememba v zaznavanju in doživljanju sebe, za derealizacijo pa doživljanje spremembe v okolju. Pri obeh primerih je prisoten občutek izgube realnega zaznavanja, odnos do realnosti pa ostane ohranjen. Doživeta sprememba se lahko spreminja od enostavnega, sanjavega stanja v glavi, ki pri pacientu ne vzbudi vznemirjenja, do bolečega in vznemirjujočega občutka spremembe v osebnosti ali okolici (Kennedy, Kennerly in Pearson, 2013).

- Disociativna motnja identitete (multipla osebnost):

Osnovna značilnost je očiten obstoj dveh ali več osebnosti v eni osebi, pri čemer je samo ena razvidna v določenem času. Vsaka osebnost je popolna, z lastnimi spomini, vedenjem in nagnjenji. Najpogosteje se pojavita dve osebnosti, ena od njiju prevladuje, vendar se

nobena od njiju ne zaveda obstoja druge osebnosti. Prva sprememba iz ene osebnosti v drugo je običajno nagla in tesno povezana s travmatskimi dogodki. Kasneje so spremembe pogosto omejene na dramatične ali stresne dogodke, lahko pa se pojavijo med terapevtsko seanso, ki vključuje sprostitve ali hipnozo (Pogorevc in Stojanović, 2014).

Osebnosti povratno prevzamejo nadzor nad vedenjem posameznika, ki ga spremlja nezmožnost spominjanja pomembnih osebnih informacij, ta nezmožnost pa je preveč obsežna, da bi jo lahko pojasnili z običajno pozabljivostjo. Identitete ali stanja osebnosti, ki se včasih imenujejo druga stanja ega, stanja selfa, druge identitete ali deli, se medsebojno razlikujejo po tem, da vsako stanje kaže svoj lasten relativno trajen vzorec zaznavanja, vedenja in mišljenja o okolici in sebi (Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10, 2005).

3 TRAVMA KOT ETIOLOŠKI DEJAVNIKI DISOCIATIVNIH MOTENJ

Otrokova sposobnost soočanja s stresom je v marsičem odvisna od odnosa, ki ga ima otrok z materjo (Bowlby, 1969). Od njune interakcije je v marsičem odvisno, kako se v otroku razvijejo sposobnosti za soočenje s stresnimi situacijami ter ostale funkcije prilagajanja na okolje. Manj ko se mati zanima za otrokovo igro, ga ignorira ali odrija stran od sebe, bolj v njem povzroča oziroma vzdržuje travmatsko stanje negativnega afekta. Kadar se mati na otrokovo čustvovanje ne odziva ali se odziva neprimerno, ga celo zavrača in kaže minimalno ali nepravilno usmerjanje pri procesih reguliranja otrokovih čustev, govorimo o tako imenovani relacijski travmi. Za relacijsko travmo je značilno, da mati ni navzoča oziroma je nezmožna uravnati otrokovo stisko. Govorimo o sposobnosti uravnavanja afektov, na primer jeze, strahu, žalosti in s temi povezanih občutij, ki jih otrok ne zmore obvladovati in za to nujno potrebuje starše, da ga naučijo, kako predelati ta težka, včasih neznosna občutenja, oziroma kako se notranje dovolj umiriti. Gre najprej za čisto telesno umiritev (na primer mati otroka stisne k sebi). Potem otrok lahko sprejme pomembna materina sporočila o ljubezni, nežnosti, sprejetosti, pripadnosti in jih povzame ter ponotranji, gradi in utrjuje svojo osebnost in posredno s tem možgansko strukturo. Če otrok ostaja dalj časa v intenzivnem stanju vzdraženosti, za katerega ni dovolj opremljen, lahko to pusti na njem trajne posledice (Pogorevc in Stojanović, 2015).

Travma je v psihopatologiji definirana kot neznosna, neizogibna in življenjsko nevarna izkušnja, pri kateri je oseba nemočna (Farina in Liotti, 2013). Raziskave kažejo, da je otrokov psihobiološki odziv na travmo opremljen z dvema ločenima vzorcema dogodkov – z visoko vzdraženostjo in disociacijo. V začetni fazi se sproži alarmna reakcija, aktivira se simpatični del avtonomnega živčnega sistema, poveča se hitrost bitja srca, dvigne krvni tlak, pospeši dihanje, zviša budnost. Otrok stisko izrazi z jokanjem in kričanjem. Če tudi v tem stanju ne dobi ustreznega odgovora, potem na drugi stopnji v prenesenem pomenu zmrzne v svojem notranjepsihičnem svetu. Druga reakcija, ki se razvije zaradi neustreznega odgovora okolice, je disociacija. Otrok se umakne, pobegne v notranji svet, izgubi nadzor nad situacijo, trudi se postati neviden. Rešitev predstavlja globoka razdvojitve. Disociacija je torej odcepitev in ločitev od neznosne situacije. Izhod, kjer ni izhoda, in zadnje zatočišče, zavetje. Značilnost, ki spremlja ta primarni proces, je otrplost, izogibanje, umaknitev, zmanjšan afekt (Gostečnik, 2008).

Raziskave kažejo, da je več kot četrtnina vseh oseb doživela disociacijo kot odziv na travmatski dogodek (Elzinga, Bermond in Van Dyck, 2002). Zlasti posamezniki, ki se redno poslužujejo fantazij in tisti, z anamnezo seksualne ali fizične zlorabe v otroštvu, so bolj podvrženi disociiranju kot drugi. Omenjenim osebam disociacija omogoča obrambo pred velikim strahom, bolečino in nemočjo (Chu, Frey, Ganzel in Matthews, 1999).

Številne žrtve posilstev poročajo, da so doživele posilstvo, kot da bi lebdele nad svojim lastnim telesom, pri tem pa se jim je napadena oseba smilila (Hilgard in Hilgard, 1975; Spiegel in Bloom 1983, po Tasman in Goldfinger, 1992). Mnoge žrtve prav tako poročajo o diskontinuiteti v njihovi zavesti, ki odraža nenadno prekinitvev njihove fizične realnosti. Ta

sprememba je lahko prehodna in prilagodljiva ali pa se stopnjuje od predhodne depersonalizacije skozi psihogeno amnezijo in fugo v disociativno motnjo identitete (Tasman in Goldfinger, 1992).

4 KLINIČNA SLIKA

Klinična slika disociativne motnje identitete je raznovrstna in zapletena. Motnje spomina so pogoste in se kažejo na več načinov. Zdravniki morajo poizvedeti o doživljanjih izgube časa, o obdobjih, ko odpove spomin, in prazninah pri kontinuiteti pomnjenja osebnih informacij. Pacienti redko spontano govorijo o teh doživetjih, zato moramo aktivno odkrivati amnezijo. Nekateri pacienti govorijo o tem, da so se prebudili sredi neke aktivnosti z malo ali sploh nič spomina na to, kako so sploh prispeli v to aktivnost. Občasno najdejo dokaze o tem, da so nekaj storili ali pridobili stvari, o katerih se ničesar ne spomnijo. Člani družine ali drugi opazovalci lahko pripovedujejo o stvareh, ki jih je pacient izrekel ali storil, sami pacienti pa se jih ne spominjajo. Lahko ugotovijo, da so nezavedno nekam odpotovali (epizoda fuge) ali da so minili dnevi in tedni, ki jih ne morejo pojasniti. Klasični simptomi disociativnega procesa lahko zajemajo depersonalizacijo (občutek, da se je oseba spremenila) in derealizacijo (občutek, da se okolica spremenila). Občasno obstajajo disociativne halucinacije (navadno glasovi, ki se jih sliši, kot da bi prihajali iz notranjosti osebe, prividi v obliki podob s travmatsko vsebino, lahko občutki dotika, okusa in vonja). Pacienti se po navadi zavedajo, da gre za halucinacije in jih ne upajo razkriti zaradi strahu, da bodo veljali za psihotične. Možni so simptomi pasivnega vpliva, za katere pacienti tudi mislijo, da prihajajo iz notranjosti, občutki, kot da so v duhu neprisotni, nepovezani s sabo in drugimi, da je svet oddaljen, meglen, da se nahajajo zunaj telesa, da obstajajo v stanju budnega spanca itn. Razlika v odnosu do psihotične simptomatike je v tem, da je oseba z disociativno motnjo kritična do fenomenov, ki jih doživlja, zaveda se njihovega pomena, pogosto se jih trudi prikriti. Simptomi so organizirani, tudi vsebinsko povezani s travmo (Pogorevc in Stojanović, 2014).

Disociativne spremembe in identitete se lahko najprej izrazijo z nenavadnimi naslavljanji samega sebe v prvi osebi množine ali tretji osebi. Pogosto pacienti opisujejo občutek notranje razdelitve ali personificirane konflikte med deli samega sebe. V nekaterih primerih imajo ti deli svoja imena (lastna imena, imena afekta, funkcije itn.) (Pogorevc in Stojanović, 2014).

Med pregledom ali terapevtsko seanso klinik lahko opazi izmenoma spreminjajoče se vedenje. To so mikrodisociativne epizode, za katere so značilne nenadne spremembe v miselnem toku, afektu ali odnosu. Lahko jih spremljajo telesni znaki, vključno s poudarjenim zavijanjem z očmi ali izbruhi hitrega trepetanja in utripanja z vekami, lahko se vidno spremeni ton glasu in način govora, drže in vedenja. Če osebnost posameznika tvori več spremenjenih stanj osebnosti, se to običajno imenuje sistem osebnosti. Oblikovanje spremenjenih identitet zajema razvoj več centrov v psihi, ki so sposobni relativno neodvisno predelovati informacije, razmišljati, čutiti, občutiti self in imeti spomin, sposobnost delovanja in nadzora nad obnašanjem osebe. Spremenjene osebnosti so relativno trajni in stabilni vzorci vedenja, ki se pogosto nahajajo v konfliktu. Pogosto odražajo boleče psihološke probleme in zavzamejo obliko polariziranih parov (Erić, 2012).

Glede na dejstvo, da se disociativna motnja identitete pojmuje kot motnja iz spektra razvojnih travm, večina pacientov izpolnjuje še merila za posttravmatsko stresno motnjo,

kažejo pogosto somatoformne simptome, obsesivno-kompulzivne simptome, afektivne motnje (običajno motnjo iz depresivnega spektra) (Pogorevc in Stojanović, 2014).

4.1 Kaj doživljajo ljudje z disociativno motnjo identitete?

Klinična slika motnje je zelo pestra (depresija, nihanja v razpoloženju, samomorilne težnje, težave s spanjem, panični napadi, fobije, prisilna dejanja in rituali, psihotični simptomi, motnje hranjenja, glavoboli, amnezije, izguba časa, stanja transa, izkušnje »izventelesnosti«, samopreganjanje in samopohaba). Ta mnogoterost simptomov pojasnjuje, zakaj traja povprečno sedem let, preden se ugotovi ustrezna duševna motnja. To pestrost lahko povežemo še s travmo in zlorabo, ki sta največkrat v jedru te motnje, in dobimo še naslednjo klinično sliko:

Tabela 4.1: Klinična slika motnje: kaj doživljajo ljudje z disociativno osebnostno motnjo

Spremembe v regulaciji afekta in impulzov:	kontrola jeze, besa, vznemirjenja, samodestruktivno vedenje, samomorilne misli, težave pri uravnavanju spolnosti, pretirano tveganje.
Spremembe v pozornosti in zavesti:	amnezije, depersonalizacija, prehodne disociativne motnje.
Somatizacije vseh vrst;	
Spremembe v dojetanju sebe:	neučinkovitost, stalna škoda, krivda in pretirana odgovornost, sram, »nihče ne razume«, minimaliziranje.
Spremembe v dojetanju storilca:	popačena prepričanja, obsedenost z maščevanjem, idealizacija, pomilovanje.
Spremembe v odnosih:	nezaupanje, viktimizacija drugih, reviktimizacija samega sebe.
Spremembe v mišljenju:	obup, nemoč, izguba optimizma in prejšnjih pozitivnih prepričanj.

4.2 Primer

Jonah (27) je bil črnske rase in je trpel zaradi ponavljajočih se in čedalje daljših glavobolov. Dodatna težava je bila, da se ni spominjal ničesar, kar se je zgodilo med glavobolom, razen tega, da je med tem minilo precej časa. Končno, po posebno težki in nevzdržni noči, se je napotil v krajevno bolnišnico. Toda pravi vzrok za njegov prihod so bile stvari, ki naj bi jih po pripovedovanju najbližjih zagrešil med glavoboli. Prav tisti večer naj bi se z nekom sprl in ga poskušal zabosti. Ko je bežal, je bil med policijskim zasledovanjem obstreljen. Njegova žena mu je povedala, da je med prejšnjim glavobolom njej in triletni hčerki grozil z nožem in ji spodil iz hiše. Kadar je imel glavobol in je postal nasilen, si je nadel ime »Usoffa Abdulla, sin Omega«. Nekoč je hotel nekoga utopiti v reki. Naslednje jutro se je zbudil v svoji postelji popolnoma moker, ne da bi se česar koli spominjal. Med Jonahovo

hospitalizacijo je imelo osebje priložnost, da opazuje njegovo vedenje tako med glavoboli, kot takrat je izgubil spomin. Takrat se je predstavljal z drugimi imeni, deloval drugače in tudi v splošnem dajal vtis, da je povsem druga oseba. Osebje je kmalu prepoznalo tri različne osebe poleg Jonaha: Sammy je bil miren in razumen in se je povsem obvladal; King Young je zakrivil vsa spolna dejanja in je bil v tem povsem brez nadzora; Usoffa Abdull pa je bil nasilen in nevaren. Jonah ni vedel ničesar o teh osebnostih, medtem ko je Sammy vedel za vse. Drugi dve osebnosti sta vedeli malo, in še to samo posredno. Na pogovorih so psihologi ugotovili, da se je Sammy prvič pojavil, ko je imel Jonah šest let in ko je videl, kako je mati zabodla njegovega očeta. Jonahova mati je fanta včasih doma oblekla v deklico. V eni od teh situacij se je pojavi King Young. V starosti 9 oziroma 10 let pa se je pojavil še Usoffa Abdull, in sicer kmalu po tem, ko je Jonaha grobo napadla skupina belskih fantov. Njegova naloga je bila, da Jonaha varuje pred nevarnostjo (Erzar, 2007).

5 DIAGNOSTIKA

Čeprav se disociativna motnja identitete običajno šteje, da je sindrom psihopatologije odraslih, se lahko alter egi pojavijo že v otroštvu, kar pomeni, da je motnjo mogoče diagnosticirati in zdraviti tako pri otrocih, kot tudi odraslih (Main in Morgan, 1996 po Putnam, 1997). Diagnostika disociativne motnje identitete je zelo zahteven postopek. Če se alteregi med kliničnim intervjujem pojavijo, je diagnozo enostavno postaviti, vendar večina pacientov svoje simptome prikriva in zaradi tega predstavljajo velike diagnostične probleme. Glede na to, da ima 95% pacientov s to motnjo izkušnjo fizične ali spolne zlorabe v otroštvu, jih je treba vprašati o takšnih stvareh, še posebej aktivno spraševati o epizodah amnezije, izkrivljenjih v času, o heteroanamnestičnih podatkih, da so pacienti povedali ali storili stvari, ki se jih sami ne spomnijo. Ko pacienti sebe nazivajo z mi ali govorijo o sebi v tretji osebi, je treba razmisliti o možnosti obstoja multiple osebnosti (Pogorevc in Stojanović. 2014).

5.1 Diagnostična merila za disociativno motnjo identitete (ameriška klasifikacija DSM-V-2013):

1. Obstoj dveh ali več ločenih identitet ali stanj osebnosti (vsak s svojimi relativno trajnimi vzorci razumevanja, odnosov in mišljenja o okolici in sebi). V nekih kulturah so ta stanja opisana kot stanja obsedenosti. Omenjene znake in simptome lahko opiše oseba sama ali jih opazijo drugi.
2. Nezmožnost spomina na pomembne osebne podatke, kar je preveč obsežno, da bi bilo možno razložiti z običajno pozabljivostjo.
3. Simptomi bistveno ovirajo osebo na socialnem, poklicnem in drugih pomembnih področjih funkcioniranja.
4. Fenomeni niso normalen del splošno sprejetih kulturnih in religijskih običajev.
5. Pri otrocih simptomi niso povezani s sanjarjenjem in drugimi poigravanji s fantazijo.
6. Motnja ne nastane zaradi neposrednega fiziološkega delovanja substance (palimpsest ali kaotično vedenje pri zastrupitvi z alkoholom) ali zaradi splošnih medicinskih stanj (delni epileptični napad).

Sprememba meril glede na klasifikacijo DSM-IV so, da fenomene lahko opiše oseba sama ali drugi, da se nezmožnost spomina lahko nanaša na vsakdanje in ne samo na travmatske dogodke ter da so vključeni fenomeni patološke obsedenosti v določenih kulturah.

6 ZDRAVLJENJE

Primarna in najučinkovitejša terapija za disociativno motnjo identitete je psihoterapija, in sicer več različnih modalitet: psihoanalitična, vedenjsko-kognitivna, dialektično-vedenjska in hipnoterapija (Pogorevc in Stojanović, 2014). Prišlo je tudi do občasnih poskusov zdravljenja s kognitivno-vedenjsko terapijo (Kirsch in Barton, 1988). Ker je mogoče disociativno motnjo identitete inducirati v terapiji, se hkrati z njeno prisotnostjo pojavljajo tudi dvomi, ali ni motnja samo nehoteni produkt terapevtove sugestije. Raziskave kažejo, da so osebe s to motnjo tudi zelo sugestibilne, kar pomeni, da bi lahko, pod vplivom hipnoze ali transferja sledile namigom svojih terapevtov, in zlasti v primeru, ko ti verjamejo v resničnost takih motenj ali jih celo spodbujajo, to motnjo tudi zaigrale (Erzar, 2007).

Koristno je še poznavanje družinske terapije, teorije sistemov in skupinske terapije, glede na dejstvo, da pacienti sami sebe doživljajo kot zapleten sistem selfa z odnosi, ki spominjajo na družinske in intraskupinske konflikte (Pogorevc in Stojanović, 2014).

Ustrezno zdravljenje se odvija v treh fazah (Pogorevc in Stojanović, 2014):

1. faza stabilizacije (vzpostavitev varnega, zaupnega odnosa med pacientom in terapevtom, blaženje ali odstranjevanje komorbidnih simptomov),
2. faza travmatskih spominov (predelava življenjskih izkušenj, zlasti travmatskih) ter
3. faza stapljanja, integracije, v kateri se lahko opazi precejšnje združevanje disociiranih psihičnih procesov, ko naj bi pacient razvil enoten občutek selfa.

Namen psihofarmakoloških intervencij je predvsem blaženje simptomov, stabilizacija in priprava na uporabo drugih terapevtskih postopkov, predvsem psihoanalitične psihoterapije. Glede na simptome so lahko učinkovite različne skupine zdravil (antidepresivi, stabilizatorji razpoloženja, anksiolitiki, atipični antipsihotiki, hipnotiki, betablokerji). Mnogi pacienti nikoli ne dosežejo popolne integracije svojih spremenjenih osebnosti. Po navadi opustijo zdravljenje, ko dosežejo relativno stabilnost, določeno notranjo harmonijo med stanji selfa (Erić, 2012).

Podatkov o zastopanosti disociativne motnje identitete za zdaj ni dovolj. V nekaj študijah, ki so jih izvedli v ZDA, Kanadi, Turčiji in nekaterih zahodnoevropskih državah, so ugotovili, da povprečno 3-5% psihiatričnih bolnišničnih pacientov izpolnjuje diagnostična merila za disociativno motnjo identitete (Johnson, Cohen, Kasen in Brook, 2006; Ross, 1997; Sar, Akyz in Dogan, 2007; Schore, 2003; Simeon in Loewenstein, 2009). Po rezultatih manjše študije, izvedene v ZDA, je bila letna pojavnost disociativne motnje identitete med odraslimi 1,5%. Da bi se razrešile kontroverznosti o pojavnosti disociativne motnje identitete, je treba izvesti obsežno študijo med splošno populacijo (American Psychiatric Association, 2013).

Veliko natančnejši opis disociativnih motenj v zadnjih desetletjih je mogoče rezultat pripravljenosti družbe, da prizna pretresljivo razširjenost spolne in psihične zlorabe otrok, ki je znanstveno in strokovno javnost prepričala, da je začela motnje kakršna je disociativna motnja identitete, jemati resneje (Erić, 2012).

7 SKLEPI

Glavni namen zaključnega dela je bil predstaviti področje, ki zajema razvoj proučevanja fenomena disociacije. Zaradi boljšega razumevanja pojma disociacije, so bili cilji naloge čim bolj pregledno raziskati pojem disociativne osebnostne motnje v preteklosti, pa vse do danes. Ko pojem še ni bil raziskan, so multiplo osebnost povezovali z obsedenostjo demonov in duhov. Disociacija se je kot pojem v strokovni literaturi začela uporabljati že v 18. stoletju in se je nanašala na razdelitev ali disociacijo pri organizaciji osebnosti-zavesti-ega. Teorije disociacije so se spreminjale. Primarno se je disociacijo povezovalo s histerijo. Sigmund Freud in psihoanalitiki, ki so mu sledili, so disociacijo razlagali kot obrambo, psihološki mehanizem, ki zmanjšuje ali odstranjuje strah iz zavesti, potlačitev. Disociacijo se je razumelo tudi kot zelo širok sklop občutenj in simptomov, za katere je bil značilen zlom integriranega psihičnega funkcioniranja. Nato je bila v enem obdobju zanemarjena pri psihoanalitikih, kasneje pa je zaradi določenih razlogov zanimanje zanjo ponovno močno poraslo. Z revizijo psihiatrične klasifikacije v ZDA (DSM-III-1980) so disociativne motnje prvič uvrstili v posebno skupino psihičnih motenj. Danes velja, da se disociacija nahaja na kontinuumu, ki se giblje od normalnih doživljanj do patoloških pojavov (Pogorevc in Stojanović, 2014).

Za multiplo osebnost je značilna prisotnost dveh ali več različnih identitet ali osebnostnih stanj, vsaka z lastnim vzorcem zaznavanja, odnosa in razmišljanja o okolju in sebi. Vsaj dvoja od teh identitet ali osebnostnih stanj občasno prevzame kontrolo nad posameznikovim vedenjem. Značilna je nezmožnost spominjanja določenih dogodkov iz preteklosti, kar se ne more razložiti z običajno pozabljivostjo. To stanje ne sme biti posledica uživanja psihoaktivnih substanc (na primer alkohola) ali splošnih zdravstvenih stanj (na primer delnih epileptičnih napadov) (American Psychiatric Association, 2000).

Glede na dejstvo, da se disociativna motnja identitete pojmuje kot motnja iz spektra travme, večina pacientov izpolnjuje še merila za posttravmatsko stresno motnjo, kažejo pogosto somatoformne simptome, obsesivno-kompulzivne simptome, afektivne motnje (običajno motnjo z depresivnega spektra). Klinična slika motnje je torej raznovrstna in zapletena. Diagnostika disociativne motnje identitete je zelo zahteven postopek. Če se alteregi med kliničnim intervjujem pojavijo, je diagnozo enostavno postaviti, vendar večina pacientov svoje simptome prikriva in zaradi tega predstavljajo velike diagnostične težave. Primarna in najučinkovitejša terapija za disociativno motnjo identitete je psihoterapija, in sicer več različnih modalitet: psihoanalitična, vedenjsko-kognitivna, dialektično-vedenjska in hipnoterapija. Ustrezno zdravljenje se odvija v treh fazah (faza stabilizacije, faza travmatskih spominov ter faza stapljanja in integracije (Erić, 2012).

Prevalenca te motnje ni znana (Andreasen in Black, 2001), po nekaterih podatkih se v psihiatričnih ustanovah pojavlja med 2,4 in 35 % (Latz, Kramer, in Hughes, 1995). Ko je bil konec prejšnjega stoletja opažen porast te motnje (Andreasen in Black, 2001), so se odprla vprašanja ali nekateri terapevti morda sami v bolnikih nezavedno ne inducirajo ta fenomen. Kritiki so opozorili, da se lahko z usmerjanjem pozornosti, sugestijo in hipnozo pri sugestibilnih bolnikih ustvarijo dodatne osebnosti. V tem primeru dodatne osebnosti

izzvenijo, ko ne dobijo več terapevtove pozornosti (Andreasen in Black, 2001; Seltzer, 1994).

V Sloveniji ni veliko raziskav o disociativnih motnjah, zato je na tem področju dobrodošlih več raziskav. Motnja je bila predmet številnih obravnav v medijih, na filmu in v literaturi, vendar je v nasprotju z njeno razširjenostjo v javnosti izredno redka. To temo sem si izbrala ravno zaradi njene redkosti. Zanimalo me je, kako so si ljudje pojav razlagali skozi čas, saj je še danes njen simptom menjevanja dveh ali več osebnosti, slišati nadnaravno. Zaradi precej zapletene klinične slike in postavljanja diagnoze, sem z delom želela doprinesti k lažjemu prepoznavanju disociativne osebnostne motnje ter razumevanju le-te, njegovemu poteku razvoja skozi zgodovino in današnjem pojmovanju, etiologiji, klinični sliki, diagnostiki in zdravljenju.

8 LITERATURA IN VIRI

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edn Washington. DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edn Washington. DC: American Psychiatric Association.

Andreasen, N.C. in Black, D.W. (2001). *Introductory Textbook of Psychiatry*. 3rd Edition. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Bahovec, E. D., Breuer, J., Freud S., Hajdini, S., Javornik, M. in Tomšič, S. (2002). *Študije o histeriji*. Ljubljana: Delta.

Bermond, B., Elzinga, B. M. in Van Dyck, R. (2002). *The relationship between dissociative proneness and alexithymia*. *Psychotherapy and psychosomatics*, 71(2), 104-111.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.

Brand, B., in Loewenstein, R. J. (2010). *Dissociative disorders: an overview of assessment, phenomenology, and treatment*. *Psychiatric Times*, 27(10), 62-69.

Bremner, J. D. in Marmar, C. R. (1998). *Trauma, memory and dissociation*. Washington: American Psychiatric Press, Inc. 11.

Chu, J. A., Frey, L. M., Ganzel, B. L., in Matthews, J. A. (1999). *Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration*. *American Journal of Psychiatry*. 156(5), 749-755.

Coons, P. M. (1999). *Psychogenic or dissociative fugue: a clinical investigation of five cases*. *Psychological reports*, 84(3), 881-886.

Dell, P. F. in O'Neil, J. A. (2009). *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. New York: Routledge. 11, 39.

Dell, V.P.F. in O'Neill, J.A. (2009). *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. New York: Routledge. 3-26.

Elder, R., Evans, K. in Nizette, D. (2009). *Psychiatric and Mental Health Nursing*. Australia: Elsevier. 382.

Erić, L. (2012). *Psihodinamična psihiatrija V. del. Somatoformne, disociativne in razpoloženske motnje*. Ljubljana: Hermes IPAL. 32, 169, 223.

Erzar, T., Gostečnik, C. in Šugman, B. L. (2007). *Duševne motnje: Psihopatologija v zakonski in družinski terapiji*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Farina, B. in Liotti, G. (2013). *Does a dissociative psychopathological dimension exist? A review on dissociative processes and symptoms in developmental trauma spectrum disorders*. *Clinical Neuropsychiatry*, 10, 1, 11-18.

Fortea.us po Kluft, R. (1995). *Current Controversies Surrounding Dissociative Identity Disorder and Dissociative Identity Disorder*. Pridobljeno avgusta 2015 na <http://www.fortea.us/english/psiquiatria/history.htm>.

Freyd, J. (2008). *A New Publisher, a New Archive, and an Old Mystery*. Pridobljeno avgusta 2015 na <http://dynamic.uoregon.edu/jjf/articles/freyd08jtd.pdf>.

Friedman, M. J., Keane, T. M. in Resick, P. A. (2007). *Handbook of PTSD: Science and Practice*. (str. 136). New York: Guilford Press.

Gostečnik, C. (2008). *Relacijska paradigma in travma*. Ljubljana: Brat Frančišek: Frančiškanski družinski inštitut.

Greaves, G. (1993). *A History of Multiple Personality Disorder*, pridobljeno avgusta 2015 na https://books.google.si/books?id=OTXgW68Vq1IC&pg=PA355&lpg=PA355&dq=A+History+of+Multiple+Personality+Disorder+greaves&source=bl&ots=ARF6r0CARP&sig=8-y9vJzbqRiQQ7LErVjC4mnAkYE&hl=sl&sa=X&ved=0CCYQ6AEwAGoVChMIwMfIzc-hxwIVxIkaCh1_wQdX#v=onepage&q=A%20History%20of%20Multiple%20Personality+History+of+Dissociative+Identity+Disorder. Wikipedia, Pridobljeno avgusta 2015 na http://www.dissociative-identity-disorder.net/wiki/History_of_DID.

Hladnik, A., Jurman, G., Krek, S., Kuhn, T. S., Šimenc, M. in Ule, A. (1998). *Struktura znanstvenih revolucij*. Ljubljana: Krtina.

International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). *Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: Summary version*. Journal of Trauma & Dissociation, 12(2), 188-212.

Janet, P. (1889). *Psychological automatisms*. Paris: Alcan.

Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, K., Brook, J.S. (2006): *Dissociative disorders among adults in community, impaired functioning, and axis I axis II comorbidity*. J Psychiatric Res. 40(2): 131.

Kennedy, F., Kennerley, H. in Pearson, D. (2013). *Cognitive Behavioural Approaches to the Understanding and Treatment of Dissociation*. New York: Routledge.

Kihlstrom, J. F., Tataryn, D. J., in Hoyt, I. P. (1993). *Dissociative disorders*. In *Comprehensive handbook of psychopathology*. Springer US. 203-234

Kobal, M.K. (2009). *Psihopatologija: za varnost in pravno področje*. Fakulteta za varnostne vede, Univerza v Mariboru, Ljubljana. 27.

Larry, W. J. in Michelson, L. K. (1996). *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York: Plenum press.

Latz, T.T., Kramer, S.I. in Hughes, D.L. (1995). *Multiple personality disorder among female inpatients in a state hospital*. Am J Psychiatry. 152: 1343-8.

Main, M., & Morgan, H. (1996). *Disorganization and disorientation in infant strange situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states*.

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10: deseta revizija. (2005). Ljubljana: IVZ RS – Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Pogorevc, J. in Stojanović, M. (2014). *Množičnost kot posledica travme (disociativna motnja identitete)*. Psihiatrični utrinki: Zbornik prispevkov. Maribor: Univerzitetni klinični center, 53-60.

Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York: Guilford press, 27-35.

Razpoloženske motnje (str. 32, 169 in 223). Ljubljana: Hermes IPAL.

Ross, C. A. (1989). *Multiple personality disorders: Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York.

Ross, C. A. (1997): *Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, Clinical Features and Treatment of Multiple personality*. John Wiley in Sons. New York.

Sadock, B. J. in Alcott, V. (2008). *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 0781787467.

Sadock, B.J., Sadock, V.A., in Ruiz, P. (2009). *Kaplan & Sadock's – Comprehensive textbook of psychiatry*. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Sar, V., Akyz, G. in Dogan, O. (2007). *Prevalence of dissociative disorders among women in general population*. Psychiatry Res. 149: 169.

Schore, A.N. (2003). *Affect regulation and repair of the self*. New York: W. W. Norton & Company.

Seltzer, A. (1994). *Multiple personality: a psychiatric misadventure*. Can J Psychiatry. 39: 442-5.

Shorter, E. (2005). *A historical dictionary of psychiatry*. Oxford University Press, USA, 8 (5), 313.

Simeon, D. in Loewenstein, J.R. (2009). *Dissociative disorders*.

Tasman, A., in Riba, M. B. (1992). *American psychiatric press review of psychiatry* (Vol. 11). American Psychiatric Pub.

Van der Hart, O. (2010). *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. Pridobljeno avgusta 2015 na

<https://books.google.co.uk/books?id=aEuTAgAAQBAJ&pg=PA20&dq=Dell+%22History+of+the+Concept+of+Dissociation%22+Victor&hl=en&sa=X&ei=1NrrUpiBFrLT7AaS9>

YCIBQ#v=onepage&q=Dell%20%22History%20of%20the%20Concept%20of%20Dissociation%22%20Victor&f=false.

Van der Hart, O., Dorahy, M.J. (2009). *History of the concept of dissociation*.

Van der Hart, O., Friedman, B. (1989). *A Reader's Guide To Pierre Janet: A Neglected Intellectual Heritage*. Pridobljeno: 10.8.2015 na <http://www.trauma-pages.com/a/vdhart-89.php>.

Van der Hart, O., Lierens, R. in Goodwin, J. (1996). *Jeanne Fery: A Sixteen Century Case of Dissociative Identity Disorder*. *The Journal of Psychohistory*, 24 (1), 18-35.

Weckowicz, T. (1990). *A history of great ideas in abnormal psychology*. Vol. 66. North Holland.